

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 142

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri FENESTRE

Né à Saint-Aubin-de-Crétot, par Allouville-Bellefosse (Seine-Inférieure), le
20 mai 1879
Ancien interne des hôpitaux

DE LA

Restauration plastique du Périnée

DANS LES

Déchirures anciennes et complètes

SUPPRESSION DE LA SUTURE RECTALE

Président : M. PAUL SEGOND, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1911

142

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri FENESTRE

Né à Saint-Aubin-de-Crétot, par Allouville-Bellefosse (Seine-Inférieure), le

20 mai 1879

Ancien interne des hôpitaux

DE LA

Restauration plastique du Périnée

DANS LES

Déchirures anciennes et complètes

SUPPRESSION DE LA SUTURE RECTALE

Président : M. PAUL SEGOND, professeur.

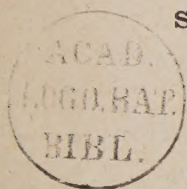
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v^{ie})

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GULLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

MM. LES D^{rs} CERNÉ, professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu (Rouen); HALIPRÉ, médecin des Hôpitaux de Rouen, professeur à l'École de Médecine; FRANÇOIS HUE; BRUNON; BATAILLE; DÉVÉ; LONGUET

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat (1902-1906)

MM. LES D^{rs} NETTER, médecin de l'Hôpital Trousseau ; OULMONT, médecin des Hôpitaux ; M. LE PROFESSEUR RAYMOND (*in memoriam*) ; M. LE D^r DARIER, médecin de l'Hôpital Saint-Louis ; M. LE D^r PETIT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Internat Saint-Joseph (1906-1907)

M. LE D^r GENOUVILLE, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph (voies urinaires).

Internat des Hôpitaux de Paris (1907-1911)

MM. LES D^{rs} BOISSARD, accoucheur des Hôpitaux (provisoire) ; ROUBINOVITCH, médecin de Bicêtre (provisoire) ; THIERRY, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé ; DOLÉRIS, accoucheur des Hôpitaux ; FUNCK-BRENTANO, accoucheur des Hôpitaux ; SAVARIAUD, chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

DE LA

Restauration Plastique du Périnée

DANS LES

Déchirures anciennes et complètes

PAS DE SUTURE RECTALE

Pendant l'année que je passai comme interne à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, j'ai eu maintes fois l'occasion de voir mon maître Doléris restaurer des périnées anciennement déchirés et dont un certain nombre avaient déjà subi une ou plusieurs tentatives de réparation ayant plus ou moins complètement échoué.

C'est l'excellence des résultats de la méthode employée qui m'a décidé à choisir ce sujet de thèse.

Les différents procédés opératoires qu'on a proposés dans les déchirures périnéales sont très nombreux. J'en passerai quelques-uns rapidement en revue pour en faire la critique et mieux montrer ainsi la valeur du dédoublement avec abaissement du rectum sans suture rectale. Mais ici plus que jamais l'anatomie est l'aide indispensable de la chirurgie, et il faut bien connaître anatomiquement la région pour bien y réussir chirurgicalement. Je commencerai donc par une étude anatomique d'ailleurs succincte

du périnée faite spécialement en vue des déchirures si fréquentes dont il est le siège.

La femme étant en position gynécologique, le premier plan musculaire qu'on rencontre dans la région ano-vulvaire, au-dessous de la peau et du fascia superficialis, est formé par 4 muscles : 2 à direction transversale : les 2 transverses superficiels droit et gauche et 2 à direction sagittale : en haut le constricteur du vagin, en bas le sphincter externe de l'anus.

Le transverse superficiel venu de la tubérosité ischiatique « se porte en dedans vers la ligne médiane pour se terminer sur le raphé fibreux qui s'étend de l'anus à la commissure postérieure de la vulve, le raphé ano-vulvaire. En se contractant de concert avec celui du côté opposé, il tend ce raphé fibreux et fournit ainsi un point fixe au constricteur du vagin.

Celui-ci prend donc naissance sur le raphé et de là se dirige en avant pour envelopper le vagin. Ses insertions antérieures ne nous intéressent pas.

Le sphincter externe de l'anus entremêle ses faisceaux avec ceux du constricteur, sur le raphé. Quelques-unes de ses fibres seulement se fixent aux téguments et de là le muscle se dirige en arrière pour engainer la partie inférieure du rectum.

Ces quatre muscles sont recouverts par l'aponévrose périnéale superficielle qui occupe tout l'espace triangulaire que circonscrivent les branches ischio-pubiennes.

Plus profondément situé, immédiatement en arrière des muscles précédents et engainé par les deux feuillets de l'aponévrose périnéale moyenne, s'étend transversalement le muscle transverse profond de Henle qui, venu des branches ischio-pubiennes, se dirige en dedans, passe en arrière du vagin, prend contact sur la ligne médiane avec celui du côté opposé en s'entre-croisant avec lui et finalement se fixe sur l'aponévrose périnéale moyenne pendant que d'autres de ses faisceaux vont obliquement à la paroi vaginale antérieure et jusqu'en avant de l'urèthre.

Les quatre muscles que nous venons d'étudier forment le plan musculaire périnéal superficiel. Le plan musculaire périnéal profond est formé par le releveur de l'an us et ces deux plans ne sont pas au contact l'un de l'autre, comme nous le verrons plus loin.

« Le releveur apparaît de chaque côté du périnée, venant profondément des parois pelviennes pour se terminer plus superficiellement vers la ligne médiane, entre la partie postérieure de la vulve et le coccyx. Il comprend trois faisceaux : antérieur ou pubien, moyen, postérieur ou ischiatique, et examinés par le périnée, ils sont dans leur ensemble, obliques en bas, en arrière et en dedans, leur triple obliquité étant d'autant plus accentuée que l'on considère des fibres plus antérieures.

Les fibres antérieures ou pubiennes cravatent le vagin en croisant perpendiculairement ses parties

latérales à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la vulve, et sur les points où elles entrent en contact avec le vagin elles lui adhèrent d'une façon intime. Puis elles vont, en même temps qu'elle, du côté opposé s'insérer sur la ligne médiane immédiatement en arrière du conduit vaginal, qui se trouve inclus dans une sorte de boutonnière musculaire l'entourant sur tout son pourtour, excepté en avant où les faisceaux précités au lieu de se rejoindre, restent séparés par un intervalle de 20 à 30 millimètres. Il résulte d'une pareille disposition que lorsque les deux releveurs de l'anus se contractent, le vagin dans sa partie correspondant à ces muscles, se trouve comprimé latéralement tandis que sa paroi postérieure est rapprochée de la symphyse pubienne.

Tel est, dans son ensemble, le périnée antérieur.

Mais ce qu'il faut bien savoir c'est, nous le répétons, que les deux plans périnéaux superficiel et profond ne sont pas directement au contact. Il existe en arrière des dernières couches musculaires superficielles du périnée, entre le transverse profond et le releveur de l'anus, un espace restreint dépourvu de fibres musculaires, constitué exclusivement par l'adossement des cloisons rectale et vaginale. Cet espace correspond en arrière à la partie la plus saillante de l'ampoule rectale. C'est le *sinus rétro-périnéal de Doléris*. Il est d'ailleurs très facile de se rendre compte de cette particularité anatomique. Il suffit d'introduire l'index dans le rectum, le pouce dans le vagin, et de rapprocher les deux doigts. A

2 centimètres environ de l'orifice vulvaire, ces doigts ne sont séparés que par une très faible épaisseur de tissus, par le simple adossement des cloisons rectale et vaginale. Si l'on dit à la femme de se contracter, le doigt explorateur a nettement la sensation des faisceaux périnéaux superficiels qui l'enserrent à l'orifice vulvaire, et des fibres du releveur qui, plus loin, font de même. Et entre ces deux anneaux de contraction, un petit espace inerte, véritable point faible de la région, ou sinus rétro-périnéal.

Cette disposition présente un double intérêt. Tout d'abord « le sinus peut devenir le point de départ d'une variété très spéciale de rupture profonde du périnée. Et elle diffère des ruptures *centrales* par ce fait que le rectum peut être largement intéressé dans cette variété de déchirure et que dans un accouchement une partie fœtale plus ou moins considérable peut apparaître et tendre à se dégager par l'anus, tandis que le rectum reste indemne dans les ruptures centrales, la solution de continuité se faisant au travers des masses musculaires périnéales. C'est une déchirure recto-vaginale ou rétro-périnéale » (Dolérís, *Gynécologie*, 1897).

Et surtout au point de vue de la restauration des déchirures périnéales qui nous occupe ici, la connaissance de ce sinus est capitale. Les échecs d'un grand nombre de périnéorrhaphies dont les résultats ne sont que des périnées de surface pour ainsi dire, de trompe-l'œil, de vrais cache-misère, exposant les

femmes à tous les ennuis et à tous les accidents d'une déchirure non réparée, ces échecs sont dus à ce que le chirurgien n'a pas poussé suffisamment loin son aiguille pour aller accrocher les releveurs. L'aiguille a contourné le plan périnéal superficiel, traversant ainsi le sinus rétro-périnéal au lieu de passer au delà. Nous reviendrons, d'ailleurs, plus longuement sur ce point en décrivant la technique opératoire. Voyons d'abord comment se présentent à nous les périnées dans les déchirures anciennes.

M. Lapointe, chirurgien des hôpitaux, a fait paraître dernièrement sur ce sujet dans la clinique, un article intéressant auquel nous ferons de nombreux emprunts (*Cliniq.*, sept. 1910).

« Au point de vue des troubles qu'elles entraînent et de leur réparation, on distingue 2 types bien différents de déchirures anciennes du périnée : *incomplète*, *complète*. Une déchirure *incomplète* n'intéresse que la partie antérieure du périnée et laisse intact le sphincter de l'anus. » Elle peut ne léser que la muqueuse vaginale et la peau, petite déchirure de la fourchette si commune chez les primipares. Cette déchirure est sans importance pratique, car la cicatrice ne devient vraiment pathologique que si les muscles qui assurent la fermeture de la vulve et la solidité du périnée ont, eux aussi, cédé. Alors se trouvent réalisées les conditions favorables au relâchement de l'orifice vulvaire et à l'éversion du canal vaginal avec abaissement plus ou moins marqué de l'utérus. Les organes pelviens, privés de leur soutien

périnéal, sont souvent voués à la ptose, bien que les prédispositions individuelles et la question du terrain jouent ici un grand rôle, et c'est presque toujours pour ces malaises indéfinissables, cette sensation de gêne et de fatigue à la station debout ou à la marche, ces pesanteurs à l'hypogastre, cette indolence si spéciale, ces troubles du côté de la vessie et du rectum, caractéristiques du prolapsus génital, que les femmes viennent consulter. Cette complication fournit l'occasion et l'indication d'une restauration plastique.

Dans la déchirure complète, « le sphincter de l'anus et une partie plus ou moins étendue de la paroi antérieure de l'intestin ont été rompus en même temps que le périnée et la commissure postérieure de la vulve. Dès la première défécation qui suit l'accident, la malade s'aperçoit qu'elle ne peut plus retenir ses matières et que la vulve est souillée. Plus tard, l'incontinence varie avec les sujets. En général, les matières solides ne sortent pas à l'insu de la malade, à moins que la déchirure ne soit exceptionnellement profonde, ce qui est rare; en revanche, l'incontinence des gaz et des matières liquides ne manque jamais mais elle est plus ou moins accusée suivant les personnes ». Il s'agit donc d'une infirmité dégoûtante, extrêmement pénible pour la patiente et pour son entourage, et à laquelle il faut porter remède dans le plus bref délai possible, d'autant plus qu'il faut craindre ici les infections ascendantes du côté du vagin et de l'utérus. Ce qu'il faut

dra obtenir, ce n'est plus seulement corriger le relâchement de l'orifice vulvaire et de rendre au périnée sa tonicité perdue, mais avant tout, de supprimer le cloaque recto-vaginal et de rétablir la continence.

Pour comprendre ce qu'on peut faire ou ce qu'on doit faire, envisageons aussi exactement que possible la disposition de la région.

Au moment de la déchirure, par suite de la tonicité des muscles qui le composent, « le périnée s'est ouvert comme un livre, et la plaie est constituée schématiquement par deux surfaces planes et trapézoïdales unies à angle dièdre par leur petit côté, limitées en avant par les bords de la déchirure vaginale et en arrière par ceux de la déchirure anorectale.

La cicatrisation modifie naturellement beaucoup cet aspect primitif. Les deux surfaces cruentées qui forment les deux parois de la fente, les deux feuillets du livre, se cicatrisent isolément pour s'accoler l'une à l'autre. Mais la rétraction cicatricielle a pour résultat de rapprocher et de souder la muqueuse vaginale et la muqueuse ano-rectale qui bordaient primitivement en avant et en arrière les surfaces cruentées. Les deux conduits ne sont plus séparés que par une mince cloison dont le bord libre l'« éperon » est occupé par du tissu cicatriciel ».

La forme et l'épaisseur de l'éperon varient suivant les cas. Parfois rectiligne, il est bien plus souvent échancré « en plein cintre » ou « en ogive », « en cœur de carte à jouer » et le sommet de l'échancrure

peut remonter à plusieurs centimètres au-dessus de l'ancien périnée.

Bien entendu, l'éperon est souvent très irrégulier comme le travail de cicatrisation qui l'a créé, en amincissant un de ses bords, en épaississant l'autre, en jetant parfois de l'un à l'autre des brides cicatricielles en guise de pont.

Les dispositions les plus bizarres peuvent se voir dans les déchirures anciennes du périnée. *La région vulvaire* peut présenter des dépressions et des saillies informes. Les grandes et petites lèvres peuvent être confondues dans la cicatrice.

Le rectum peut être le siège d'hémorroïdes et présenter des travées fibreuses dans ses parois. Le sphincter déchiré est souvent atrophié et ses lambeaux sont attirés en dehors. Il offre une disposition en croissant sur laquelle on a déjà depuis longtemps attiré l'attention.

La vulve et l'anus, élargis de toute la largeur de l'éperon, ne sont plus séparés que par son bord libre, au-dessous duquel les deux conduits communiquent.

Les deux bouts du sphincter anal rompu se sont rétractés avec la muqueuse qui tapissait la partie antérieure de l'anus et se sont cicatrisés isolément à chaque extrémité du bord libre de l'éperon. L'ancienne muqueuse anale ne borde plus que la partie postérieure de l'orifice sous forme d'un bourrelet plus ou moins irrégulier.

Enfin il arrive assez fréquemment que des péri-

néorrhaphies n'ont pas donné les résultats attendus soit parce que ces périnées ont suppuré après l'intervention, soit parce que la méthode employée était défectueuse ; et les femmes reviennent après un temps plus ou moins long avec un périnée plus ou moins informe, d'un beau vernis cicatriciel, et nécessitant une opération nouvelle.

Comment donc restaurer ces déchirures ?

Refaire un périnée épais, résistant et efficace dans ses différentes fonctions, tel est le problème à résoudre.

- Il faut se préoccuper de bien reconstituer le sphincter anal, car une belle périnéorrhaphie laissant un anus incontinent est naturellement une opération manquée.

Mais ici la question ordinairement s'embrouille car il s'agit de discuter et d'admettre un procédé.

PROCÉDÉS

Or, quand on lit les traités de technique opératoire, au sujet des déchirures anciennes du périnée, on est toujours étonné du nombre considérable de procédés préconisés et la lecture en devient bien vite fastidieuse.

Si l'on a eu le courage de les étudier tous, les uns après les autres, on éprouve bientôt le besoin d'élaguer, de laisser certaines méthodes dans l'ombre pour mieux mettre quelques autres en pleine lumière. C'est à ce prix que la question deviendra moins embrouillée, et que par le parallèle et la critique on pourra avoir quelques indications bien nettes sur la meilleure conduite à suivre.

Tous les procédés connus dérivent de deux méthodes fondamentales :

- 1° Avivement par excision ;
- 2° Autoplastie par dédoublement.

A) MÉTHODE D'AVIVEMENT

La méthode de l'avivement est essentiellement représentée par le *procédé d'Emmet*, à peu près le

seul qui soit parfois encore utilisé de nos jours.

Bien avant lui sans doute, on faisait l'avivement, et par Dieffenbach, Roux et les autres, on remonterait jusqu'à Guillemeau, disciple d'Ambroise Paré. Mais c'est Emmet qui, le premier, a donné à la méthode toute sa valeur et tout son éclat et c'est elle seule que nous décrirons avec quelques détails.

Voici cette description :

Procédé d'Emmet.

L'avivement représente sur chacun des côtés du périnée déchiré un triangle dont la base est la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre sur la ligne médiane par un avivement pratiqué aux dépens de la cloison recto-vaginale, et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur.

La figure qui résulte de l'avivement ainsi pratiqué peut être assez justement comparée à un papillon ayant les ailes déployées : l'avivement médian représente le corps de l'animal, et les deux avivements latéraux les ailes.

Les fils doivent être placés d'arrière en avant. Pour cela l'opérateur engage sur le côté gauche du périnée la pointe de l'aiguille, tenue de la main droite, à 1 cm. 1/2 environ en arrière et en dehors

de la circonférence postérieure de l'anus, il fait cheminer l'aiguille à travers la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, pour la faire ressortir sur le côté droit de l'anus, en un point symétrique à son point d'entrée. Quatre ou cinq autres fils sont placés de la même façon au-dessus du précédent. Introduits à 1 centimètre en dehors de la ligne d'avivement, ils cheminent également à travers la cloison recto-vaginale, à un demi-centimètre environ les uns des autres, et viennent sortir sur le côté du périnée.

Le premier point a pour but de réunir les deux extrémités divisées du sphincter, et de reconstituer l'anus. Il doit cheminer sous la surface cruentée, très près de son bord postérieur, mais pénétrer très franchement dans l'angle de division de la cloison où il doit prendre un point d'appui solide.

Comme on le voit, dans ce procédé, il n'y a pas de suture rectale et pas de suture vaginale isolée : tous les fils sont passés suivant un plan unique de la peau à travers la cloison recto-vaginale ou la paroi du vagin. Mais ce qui en fait surtout l'originalité c'est la manière de passer le fil postérieur.

Quand ce fil est serré, les deux bouts du sphincter, divisé et le milieu du bord libre de l'éperon, c'est-à-dire son point culminant, se rapprochent et la brèche se trouve ainsi froncée et fermée comme une bourse par son cordon.

Ce *fil sphincter* n'a pas seulement pour but de rétablir la continuité du sphincter, mais aussi et surtout d'abaisser l'éperon au contact de la peau.

Emmet cherchait par cet artifice ingénieux à séparer complètement la cavité de l'intestin du reste de la suture, à éviter l'infiltration de la plaie par les matières et les gaz et à prévenir ainsi la fistule qui constituait à son époque la pierre d'achoppement de la méthode de « l'avivement ».

Il est prudent de s'assurer par l'introduction du doigt dans le rectum, que le fil sphinctérien étant serré, l'anus conserve des dimensions suffisantes pour laisser issue aux fèces et aux gaz.

A côté de ce procédé type d'avivement il en exista bien d'autres caractérisés par des sutures triples rectales, vaginales, périnéales, et non plus simplement périnéales.

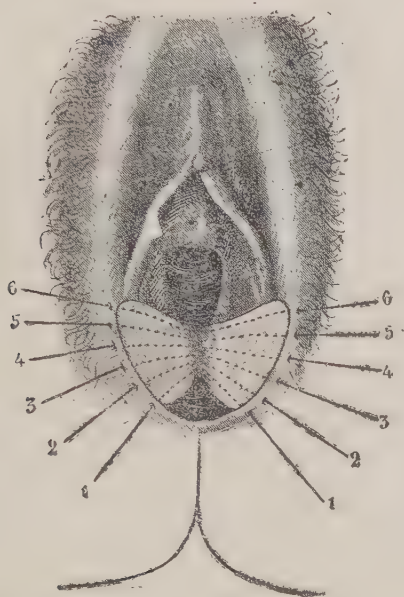
Procédés de Demarquay, Lefort, Hégar, antérieurs à l'antisepsie et presque fatalement voués à l'insuccès.

Procédés, perfectionnés parce que postérieurs à l'antisepsie, de Schroeder et Martin, avec sutures perdues au catgut à plans superposés. Les fils résorbables doivent réunir la surface d'avivement du côté du rectum et celle du vagin sans leur faire traverser la lumière des deux conduits.

La grosse infériorité de ces dernières méthodes sur celle d'Emmet, c'est précisément la suture rectale, qui, malgré tous les soins qu'elle peut y apporter par l'emploi de sutures perdues et non perforantes, risque toujours de compromettre le succès de l'opération, par filtration toujours possible de l'infection venue du rectum. D'où, d'une part, menace de désunion de la plaie, et d'autre part,

la fréquence des fistules recto-vaginales ou recto-périnéales.

Ce même reproche doit, d'ailleurs, être fait au procédé d'Emmet lui-même dans le cas de déchirure un peu haute, car il est alors impossible d'abaisser



Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée
— Procédé d'Emmet. — Avivement et disposition des fils. — C'est le fil 4 qui doit rapprocher les deux extrémités du sphincter déchiré (Pozzi d'après Stanko).

suffisamment l'éperon et force est de faire une suture rectale.

C'est là, répétons-le, l'inconvénient le plus sérieux de la méthode d'avivement. Il en est d'autres, quel que soit d'ailleurs le procédé suivi. Et d'abord la perte de substance. Or, dans les déchirures complètes et anciennes du périnée, on a d'ordinaire à sa

disposition trop peu de tissus pour se permettre d'en retrancher encore, d'autant plus que si l'opération ne réussit pas, la malade se trouve dans de plus mauvaises conditions qu'avant l'intervention.

Mais la forme même de l'avivement est loin de donner toute la satisfaction voulue. Prenons, par exemple, l'avivement d'Emmet :

Deux portions élargies, les ailes du papillon réunies par une portion rétrécie, le corps du papillon.

Cette portion rétrécie, forcément très étroite, est un point faible, faible par lui-même et affaibli encore par les fils qui tous devront y passer. C'est, en effet, là le confluent des sutures.

Quand la périnéorraphie sera terminée, c'est-à-dire, quand le papillon aura fermé ses ailes, le point faible devenu profond et caché devra faire craindre ici encore une fistule recto-vaginale ou recto-périnéale, ou périnéo-vaginale, pour peu surtout que le bol fécal ampullaire vienne le distendre à l'excès.

C'est pour toutes ces raisons que d'une façon générale, nous croyons la méthode de dédoublement bien supérieure à la méthode d'avivement.

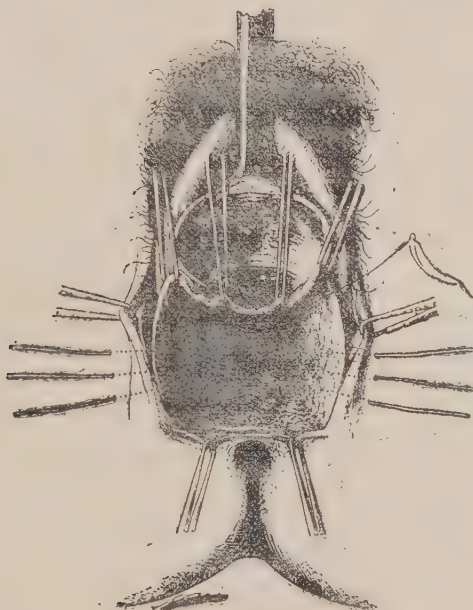
Ce fut, d'ailleurs, l'idée directrice de L. Tait quand il proposa son procédé.

B) MÉTHODE DE DÉDOUBLEMENT

Procédé de L. Tait

D'après Tait, il existe après ces déchirures périnéales cette particularité : c'est que la cicatrisation

se fait en direction opposée de celle de la lésion. Son intervention repose sur ce fait. Son but est de rétablir l'ancienne déchirure, puis de la réunir de manière à reformer le périnée tel qu'il était avant l'accident.



Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée.
— Méthode de dédoublement. — Procédé de
Lawson Tait modifié. — Disposition des fils
profonds et du surjet (Pozzi)

PREMIER TEMPS. — *Incision*. — Elle a la forme d'un H dont la branche transversale est plus rapprochée de l'extrémité postérieure que de l'extrémité antérieure des branches latérales.

Elle comprend : une incision transversale et médiane sur le bord inférieur de la cloison recto-vaginale et deux incisions sagittales et latérales

s'étendant en avant jusqu'à demi-hauteur de la vulve et en arrière jusqu'au delà du bord postérieur de l'anus.

DEUXIÈME TEMPS. — *Dédoublement.* — Tait dédouble la cloison recto-vaginale et plus la déchirure sera grande, plus l'avivement sera étendu en profondeur. On commence sur la ligne médiane, au niveau de la cloison recto-vaginale que l'on élève en deux lambeaux, l'un vaginal, l'autre rectal. Le dédoublement est poursuivi latéralement jusqu'aux lignes verticales passant à l'union des grandes et des petites lèvres.

Les deux couvercles vaginal et rectal, quand ils sont l'un soulevé, l'autre abaissé, forment une surface quadrilatère au bout de laquelle est le bord de la cloison resté intact ; latéralement ces deux petits couvercles viennent prendre attache au niveau des parties molles, épaisses qu'il va falloir diviser en suivant les divisions cutanées en H pour achever l'avivement.

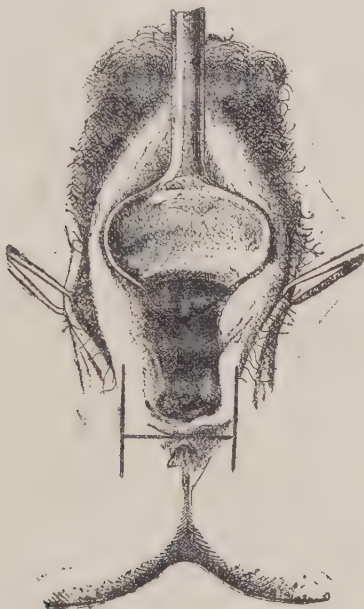
Tait fait la suture au crin de Florence. Toutes les sutures aboutissent au périnée. Aucune n'est nouée dans le vagin ni dans le rectum.

TROISIÈME TEMPS. — *Sutures.* — Comme les sutures ne doivent pas comprendre la peau, on devra introduire l'aiguille à environ 3 à 4 millimètres de distance du bord de la plaie, *en dedans de celui-ci*, aux points A de la figure.

Elles doivent traverser profondément les tissus jusqu'aux points B. L'aiguille doit sortir en cet endroit,

car les sutures ne doivent pas intéresser l'angle supérieur de la plaie.

L'aiguille pénètre de nouveau dans les tissus en C pour venir ressortir en dedans des bords de la plaie, c'est-à-dire aux points D.



Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée.
— Méthode de dédoublement. Procédé de
Lawson Tait modifié. — Incision (Pozzi).

II. — *Procédé de Lawson-Tait-Pozzi*

Le professeur Pozzi a apporté au procédé de Tait plusieurs modifications qui consistent essentiellement dans :

- 1° La grande étendue du dédoublement ;
- 2° Le mode de suture.

Voici sa description.

PREMIER TEMPS. — *Incision* en H comme précédemment.

DEUXIÈME TEMPS. — *Dédoublement*. — « Le point important, dit le professeur Pozzi, est de dédoubler la cloison dans une hauteur suffisante pour mobiliser la paroi antérieure du rectum, de manière à amener le sommet de la déchirure intestinale jusqu'à la marge de l'anus que l'on doit reconstituer. Il est dangereux de réparer la déchirure intestinale isolément par une suture verticale: Dans l'immense majorité des ruptures complètes la dissection progressive de la paroi intestinale déchirée permet un abaissement suffisant du rectum. La paroi rectale, qui est alors tendue comme un rideau en arrière de la plaie de dédoublement, la protège de toute infection par infiltration.

» J'insiste sur la nécessité d'affronter la muqueuse rectale avec un très grand nombre de sutures (au crin de Florence) autour de la marge du nouvel anus. C'est la condition essentielle du succès. »

Puis Pozzi met ici une restriction sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin pour la condamner.

» Si l'on est obligé, vu la trop grande étendue de la déchirure rectale, de faire une suture verticale, on devra pratiquer celle-ci avec des points séparés de catgut passés à travers la paroi rectale sans comprendre la muqueuse et noués sur la suture cruentée du côté de la plaie de dédoublement (suture de

Lauenstein), on évitera ainsi le plus possible l'infection des fils.

» On procédera de la même manière et s'il y a lieu à la suture verticale de la paroi vaginale.

» Ce procédé opératoire de dédoublement et de suture verticale isolée du vagin et du rectum a été d'abord décrit par Simpson qui l'appliquait à tous les cas, alors que je ne conseille de s'y résoudre qu'exceptionnellement et comme procédé de nécessité. »

TROISIÈME TEMPS. — *Sutures.* — Le procédé de Pozzi diffère donc de celui de Tait par l'étendue du dédoublement, point des plus importants, et également par son mode de sutures qui réalise encore un progrès énorme.

D'après Pozzi, il importe que la coaptation soit très exacte, *sans espaces morts*, pouvant donner lieu à l'accumulation de liquide et compromettre la réunion. J'atteins ce but en combinant une suture d'affrontement réalisée par un surjet au catgut à plans superposés, et une suture de soutènement constituée par des fils d'argent profonds qui ne doivent pas être trop gros pour ne pas être trop rigides. Je commence par pousser ceux-ci; deux ou trois anses de fils d'argent pénètrent et sortent à 1 ou 2 centimètres des bords de la plaie, après avoir cheminé sous toute l'étendue de l'avivement. La partie moyenne de l'un d'eux correspond à la partie la plus profonde du dédoublement au niveau et au voisinage du point où le rectum et le vagin sont sépa-

rés l'un de l'autre. Je passe ces fils en nombre de deux ou trois, soit avec une très grande aiguille de Hagedorn demi-courbe, soit avec une aiguille à manche (dite aiguille d'Emmet).

Avant de les serrer, il faut faire la suture à plans superposés (au catgut) du fond de la plaie, puis la suture de la peau avec un surjet indépendant de catgut ou des points séparés de crin de Florence ; ce n'est qu'alors qu'on place en rouleau de gaz entre les extrémités des fils métalliques profonds et qu'on torde ces derniers après avoir opéré une certaine traction.

Les fils profonds doivent cheminer sur toute la surface cruentée, très près de la surface, et ne pas pénétrer dans le vagin ou le rectum ; ils ne doivent pas entamer la membrane musculieuse de l'intestin, sous peine de produire une ulcération qui amènerait l'infection de toute la plaie. Ils traversent les faisceaux musculaires au-dessous de la peau et du tissu cellulaire sur chaque côté de la plaie profonde que constitue le dédoublement de la cloison recto-vaginale, de la sorte ils servent à reconstituer un périnée épais et musclé au lieu du périnée cutané qu'on obtient avec d'autres procédés.

C'est là, en effet, ce qu'on peut reprocher à Lawson Tait qui, après avoir dédoublé très souvent d'une façon insuffisante, ne fait qu'affronter de droite à gauche les surfaces cruentées sans prendre soin d'aller accrocher les releveurs, et de les prendre dans la suture.

Le procédé de Lawson-Tait-Pozzi, le plus classiquement employé d'ailleurs, donne une statistique très satisfaisante. Il est pourtant certains cas de déchirures très hautes — rares, il est vrai — où dans ce procédé il faut encore, dit-on, se résoudre à la suture séparée du rectum et du vagin après dédoublement.

C'est ce que nous croyons ne pas devoir admettre.

A notre avis, quelle que soit l'étendue de la déchirure, remonterait-elle jusqu'au Douglas, on pourra toujours abaisser suffisamment le rectum pour éviter la suture intestinale, qui toujours est condamnable.

C'est là l'opinion qui résulte d'une année passée dans un service où j'ai vu un certain nombre de déchirure complètes et anciennes du périnée opérées d'après ces principes.

C'est, en somme, l'application aux déchirures périnéales du procédé que le professeur Segond a décrit en 1895, à propos d'une fistule recto-vaginale très haut placée. (*Bull. Mém. Soc. chir.*, t. XXI, p. 168. Paris, 1895.)

Voici, en effet, ce qu'il écrivait : « Je crois qu'en présence d'une fistule recto-vaginale quelconque, on aura toujours avantage à subordonner son manuel à la nécessité première d'abaisser, jusqu'à la peau, la partie de paroi rectale sise au-dessus de la fistule. La manœuvre est toujours possible ; elle dispense des sutures compliquées et des dédoublements parcimonieux, et je n'en connais pas qui puisse donner le

résultat cherché, avec autant de certitude et de simplicité. »

Mais déjà l'année précédente, en 1894, le professeur Segond avait émis à la Société de Chirurgie quelques « considérations sur la réparation des déchirures étendues de la cloison recto-vaginale ».

Pour réunir, disait-il, les plus grandes déchirures du périnée, il suffit de faire le dédoublement suivant le procédé de Lawson Tait et de mobiliser largement la paroi antérieure du rectum pour la faire glisser de haut en bas. Le dédoublement de la cloison, selon le procédé de Tait, donne en quelques secondes une surface d'avivement aussi étendue qu'il le faut. La mobilisation par en bas de la paroi antérieure du rectum isole complètement le foyer cruenté de la cavité rectale et le parfait affrontement des surfaces se fait ensuite avec la plus grande facilité, en suturant à la manière d'Emmet avec tous les fils tordus en dehors. Il va de soi que, dans les déchirures remontant très haut, il faut réunir à part le sommet du V représenté par la division de la muqueuse vaginale et perdre quelque catguts dans le vagin avant de placer les grands fils périnéaux. Mais c'est l'exception et du côté du rectum on peut toujours éviter les sutures grâce à la mobilisation et à l'abaissement de sa paroi antérieure.

C'est bien là la méthode que je crois de beaucoup la meilleure, et si l'on songe qu'une telle communication est forcément le résultat d'une assez longue pratique, on pensera peut-être que les modifications

très heureuses du procédé de Lawson Tait sont bien dues au professeur Segond : suppression de la suture rectale, et sutures d'Emmet.

En ce qui concerne ce mode de sutures, Tait, Fritsch, Pozzi conduisent les fils transversalement d'un côté à l'autre, et ajoutent un plan vertical. La suture d'Emmet est plus rationnelle. Elle rapproche mieux tous les éléments solides du périnée et assure la fermeture de l'anneau sphinctérien. Au point de vue du rapprochement des faisceaux antéro-postérieurs du releveur, elle présente des avantages. L'aiguille chargeant à droite et à gauche, jusqu'à raser presque l'ischion, toute la masse des tissus, le fil principal et solide de la suture ramène en avant et vers la ligne médiane les faisceaux pubiens du releveur, tout en leur laissant leur indépendance. L'effet obtenu est de reconstituer la sangle périnéale complète, y compris le releveur. L'idéal opératoire semble donc réalisé, puisqu'on a désormais une pyramide périnéale épaisse, un sphincter fonctionnant bien, et un releveur capable de concourir efficacement à la solidité de l'ensemble.

Aussi, je considère au moins comme inutile la suture directe des releveurs, dite myorrhaphie des releveurs. Si la suture est mal faite elle est précaire et saute aux premières défécations. Si elle est résistante, elle devient un agent de dystocie, et à la Société d'Obstétrique du 20 janvier 1910, M. Bonnaire rapporte le cas d'une femme qui, ayant subi antérieurement une restauration périnéale avec

myorraphie des releveurs, présenta au cours d'un accouchement une résistance invincible de ce périnée trop bien restauré. Une épisiotomie médio-latérale fut pratiquée pour permettre la sortie de l'enfant. On put alors se rendre compte qu'il existait un délabrement vaginal singulier et que la tête fœtale appuyant en vain sur le périnée sans vaincre sa résistance, il avait dû se produire une déchirure du releveur siégeant latéralement sur la partie iliaque de ce muscle, vers la paroi pelvienne. La tête avait alors refoulé devant elle la masse résistante du périnée. Comme M. Cunéo le fait remarquer, en suturant les releveurs entre le vagin et l'anus non seulement sur leur bord, mais sur leur face endo-pelvienne, on arrive à faire par une telle myorraphie un bloc inodulaire rétro-vaginal qui fera obstacle à l'accouchement.

La boutonnière normale comprise entre les releveurs est alors transformée en deux boutonnières, l'une antérieure vaginale, l'autre postérieure anale, et la tête fœtale aura à choisir pour sortir entre ces deux boutonnières. Et elle aura généralement tendance à prendre la boutonnière postérieure.

En somme, plus une bonne périnéorraphie avec myorraphie des releveurs sera excellente chirurgicalement, plus elle sera mauvaise au point de vue obstétrical.

Il vaut donc mieux, au moins chez les femmes encore en âge d'avoir des enfants, renoncer à la myorraphie et se contenter chez elles des procédés ordinaires de périnéorraphie.

SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES

A côté de la technique dans les périnéorraphies, la thérapeutique chirurgicale tient une place très importante. La malade doit être scrupuleusement préparée, mais surtout les soins post-opératoires sont d'un intérêt primordial. Le procédé choisi serait-il le meilleur, l'opération d'une exécution parfaite que, malgré tout, le succès en serait fatalement compromis si la toilette périnéale et les pansements consécutifs étaient quelque peu négligés.

Nous n'insisterons pas sur le *traitement moral* qui doit précéder toute intervention chirurgicale, et qui a certes moins d'importance ici que dans les laparotomies. Il sera bon cependant de rassurer la patiente sur les éventualités de l'anesthésie, et la personnalité du chloroformisateur. Et comme le recommande mon collègue et ami Faix dans sa thèse inaugurale (1), le jour de l'intervention, on commencera à l'heure indiquée pour ne pas fatiguer l'esprit de la malade et la surexciter par une longue attente.

De même, il sera toujours préférable de la faire

1. *Essai sur les soins pré et post-opérat. dans les laparotomies.*
Paris, 1909,

anesthésier dans une pièce voisine de la salle d'opération.

Quant aux soins même, avant, pendant et après l'opération, je me contenterai d'exposer la conduite tenue dans le service de mon maître Doléris, et dont nous avons toujours eu à nous féliciter.

Avant l'opération. — A. — *Deux jours avant l'opération*, purgation avec deux verres d'eau de Sedlitz.

Régime : bouillons de légumes.

B. — *La veille.* — Grand bain. Nettoyage du vagin au permanganate de potasse, puis du bisulfite de soude suivi d'une injection vaginale au sublimé à 1 pour 4000.

On termine par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée et un pansement vulvaire.

Pendant l'opération. — On fera pratiquer par un aide l'irrigation continue de la surface cruentée, au moyen d'une solution chaude soit d'oxycyanure, soit de sublimé ; cette irrigation se fait aisément, avec une canule fine munie d'un robinet à pédale ou plus simplement encore avec le bock ordinaire.

On a ainsi un filet de liquide antiseptique qui nettoie constamment la surface à réunir et qui laisse l'opérateur juger avec la plus grande facilité de la marche de la suture. Sous la nappe limpide de l'injection, les tissus sont débarrassés du sang qui s'écoule des orifices vasculaires et qui, autrement, cacherait la plaie ou nécessiterait l'emploi des éponges. On y voit clair, on se met peut-être plus aisément à l'abri de l'infection, et de plus, la cha-

leur du liquide contribue efficacement à l'hémostase. Il y a donc un triple avantage à user de ce procédé si simple.

Après l'opération.—L'opération terminée, on saupoudre la plaie d'iodoforme. *Doucement*, on introduit dans l'anüs une petite mèche iodoformée enduite d'une pommade (dermatol et iodoforme à parties égales). On fait de même pour le vagin en ayant soin de faire soulever, avec une valve étroite, la paroi vaginale antérieure. On déprime alors légèrement la fourchette de l'index gauche, et avec une longue pince tenue de la main droite, on introduit la mèche prudemment.

Puis pansement externe à la gaze iodoformée, et sonde à demeure.

Premier jour. — Diète absolue.

Aucun soin local.

Les jambes sont maintenues rapprochées par une serviette.

Deuxième jour. — Laver le périnée matin et soir avec une solution d'oxycyanure à 1 ou 2 0/00, à l'aide d'un bock et d'une petite canule, puis le sécher soigneusement, et le saupoudrer avec un mélange, à parties égales, de dermatol et d'iodoforme.

Terminer en mettant une gaze iodoformée à cheval sur le périnée.

Alimentation. — Eau de Vals.

Troisième jour. — Une cuillerée à café d'huile de ricin.

Lait coupé d'eau de Vals.

Mêmes soins locaux. A la première garde-robe, enlever la mèche anale et la remplacer chaque fois qu'elle sera souillée, toujours avec grande douceur.

Quatrième jour. — Une cuillerée à café d'huile de ricin.

Lait. Potages. Purées.

Mêmes soins locaux.

Cinquième jour. — Huile de ricin : même quantité, à moins que les garde-robes ne soient suffisantes.

Même alimentation.

Mêmes soins locaux.

Sixième jour. — *Changer la mèche vaginale.* Donner une injection et remettre une mèche dans le vagin, avec beaucoup de prudence et de délicatesse.

Septième jour. — *Enlever le fil anal*, et définitivement la mèche anale. Mêmes soins locaux.

Toujours bien veiller aux garde-robes et continuer une cuillerée à café d'huile de ricin, si nécessaire.

Les jours suivants l'alimentation peut redevenir normale.

Les soins locaux demeurent les mêmes jusqu'au :

Dixième jour. — *Enlever les autres fils.* — Badigeonner la cicatrice à la glycérine iodée à 1 pour 10 et appliquer toujours une mèche iodoformée.

A partir de ce jour, la sonde à demeure et la mèche vaginale sont enlevées de façon définitive, et on fait une à deux injections vaginales par vingt-quatre heures.

J'ai tenu à décrire par le menu tous ces soins

pré et post-opératoires dans la périnéorrhaphie, car, je le répète, je les crois d'une grande importance et d'un intérêt pratique incontestable. J'insiste encore sur la douceur minutieuse avec laquelle tous ces soins doivent être donnés.

On a souvent et longuement discuté la question de la constipation ou de la non-constipation après les périnéorrhaphies. La contamination de la plaie par la défécation est le principal argument de ceux qui conseillent les opiacés après l'intervention pendant six à huit jours. Les partisans de la théorie opposée — de beaucoup les plus nombreux aujourd'hui, prétendent avec raison que d'une part cette contamination est très évitable, grâce à une active surveillance, et que d'autre part la constipation présente un double danger : le premier, des plus graves, est l'éclatement partiel ou total de la plaie périnéale distendue par un bol fécal durci, et le deuxième consiste dans le trouble que la constipation apporte à la nutrition générale et dans l'entrave indirecte au travail plastique qui en est la conséquence.

Les rapports sexuels seront permis après la deuxième semaine, le lever après la troisième, la marche après la quatrième.

COMPLICATIONS

Dans une périnéorrhaphie, la seule vraie complication qui puisse se présenter c'est, pendant le dédoublement, la *perforation du rideau vaginal et surtout du rideau rectal* par un fâcheux coup de ciseaux. C'est là une faute imputable au chirurgien et non au procédé.

Si l'index gauche, recouvert d'un doigtier et introduit dans le rectum, fait bien saillir celui-ci, la main droite pourra agir et dédoubler à coup sûr. Et puis, il existe un plan de clivage qu'il faut savoir trouver, car à partir de ce moment on peut abandonner son instrument, tellement le dédoublement devient facile avec l'aide des doigts seuls, du pouce en particulier, et l'on ne risque plus de s'égarer et de faire fausse route.

Si pourtant l'accident se produisait, force serait de pousser le dédoublement assez loin pour pouvoir abaisser suffisamment le tube intestinal et supprimer, en la réséquant, la portion du rectum sous-jacente à la perforation opératoire

Je ne ferai que mentionner l'*hémorragie* qui, toujours plus gênante qu'effrayante, est parfois assez

considérable : elle cède d'ailleurs, au moins partiellement, à un tamponnement de quelque durée.

Il est un autre accident, post-opératoire celui-là, et toujours ennuyeux : c'est la *suppuration*. Logiquement, elle ne devrait pas exister, car l'opération doit être aseptique, et les soins consécutifs assez minutieux pour l'éviter. Il arrive quelquefois, cependant, que vers le quatrième jour le périnée en un ou plusieurs de ses points, surtout au voisinage du fil anal, présente une certaine rougeur lymphangitique, et devienne douloureux.

L'application quatre ou cinq fois répétée en vingt-quatre heures de pansements alcoolisés (alcool plus eau stérilisée par moitié) pourra suffire à tout ramener à la normale. Mais si la rougeur et la tension ont tendance à persister, si la température monte à 38 degrés et au-dessus, il faut se hâter d'enlever un ou deux fils, qui souvent ont déjà commencé à couper les tissus oedématisés. Et la suppuration pourra demeurer limitée.

Dans d'autres cas, la réunion se fait parfaitement à la superficie, mais un point a suppuré dans la profondeur, au niveau « d'un espace mort » et une fistule recto-vaginale s'ensuivra, qui nécessitera une seconde opération.

De nos jours, la septicémie résultant d'une péri-néorraphie infectée n'existe plus et nous ne la mentionnons que pour mémoire.

PRONOSTIC ET RÉSULTATS

La périnéorraphie n'est donc pas une opération grave, et les résultats en sont toujours excellents avec une excellente méthode.

Le soin qu'on apporte à réunir les plans musculaires profonds et à rapprocher le bout du sphincter divisé, donne malgré les déchirures complètes un périnée solide et un anus continent.

La cicatrice résultant de l'opération est absolument linéaire. Elle ressemble tellement au raphé naturel, que trois ou quatre mois après l'intervention, il est impossible de reconnaître que le périnée a été lésé, d'autant plus qu'il n'existe aucune trace des points de suture pour raconter l'histoire de la restauration opératoire. Des faits très nombreux prouvent que l'accouchement peut s'opérer sans nouvelle rupture du périnée, même lorsque le chirurgien a diminué la vulve dans des proportions très grandes, car il s'agit là d'une cicatrice opératoire souple.

Enfin, est-il besoin d'insister sur toutes les conséquences heureuses d'une bonne périnéorraphie dans les déchirures complètes?

C'est le seul remède à la neurasthénie profonde à

laquelle sont fatalement vouées ces malades, c'est la fin de ce sombre isolement auquel elles se condamnent, objet de dégoût pour elles-mêmes et pour toutes les personnes de leur entourage. C'est la guérison radicale d'une atroce infirmité.

C'est en somme, chez ces femmes, une transformation totale, à un triple point de vue : moral, social et conjugal.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Doléris)

(Thèse Capdevielle, 1901).

Rupture complète, cloison comprise

Jeanne R..., vingt-cinq ans. Entre à la maternité Boucicaut le 6 novembre 1899.

Accouchée en ville par une sage-femme. Déchirure complète allant de la fourchette à l'anus, intéressant l'orifice anal dans sa totalité et la cloison recto-vaginale sur une longueur de 2 cm. 1/2 à 3 centimètres.

1^{er} décembre. — Périnéorraphie sous chloroforme par M. Doléris. Plaie très irrégulière, avec rebords irréguliers et excessivement dentelés. La cloison vaginale forme un V largement ouvert. L'anus est béant et bordé de veines variqueuses.

Avivement au bistouri et aux ciseaux. Régularisation des bords cutanés et muqueux. Dissection des lèvres de la muqueuse vaginale. Dédoublement des bords de l'avivement par des incisions profondes au bistouri. Libération du rectum. Abaissement du bord ano-rectal antérieur. Suture du périnée au crin de Florence par la méthode d'Emmet. Fixa-

tion du bord anal au bord correspondant du périnée. Pansement sec. Purgatif tous les deux jours après l'opération.

11 décembre. — Les fils sont enlevés. La réunion s'est opérée régulièrement et sans à-coup.

23 décembre. — Départ. La malade, examinée, présente une cicatrice en bon état, avec sphincter continent.

OBSERVATIONS II, III, IV

(Doléris)

Je retrouve trois notes relatives à trois femmes accouchées chez des sages-femmes agréées de mon service qui avaient négligé de me prévenir de la déchirure complète de leurs parturientes. La cloison recto-vaginale était largement intéressée. Les plaies irrégulières, plus ou moins infectées, bourgeonnaient. Désinfection. Abrasion et avivement. Abaissement du rectum. Sutures d'Emmet avec reconstitution du sphincter. Résultat parfait.

OBSERVATION V

(Doléris)

En juin 1887, je suis appelé par le Dr Vicente de Clichy pour une ancienne accouchée du quartier qui avait une rupture complète du périnée. Une première tentative de réparation avait échoué. La désunion s'était produite dès les premiers jours après l'opération. Les surfaces traumatisées avaient végété abondamment. L'incontinence des matières

est continuelle. Opération avec l'aide des D^{rs} Vicente, Bonnet et Godet. Destruction des végétations aux ciseaux. Avivement régularisé au bistouri. Abaissement du rectum. Sutures d'Emmet. Excellent résultat.

OBSERVATION VI

(Doléris)

M^{me} P..., de Roubaix, vient me consulter sur les conseils du D^r Bernard. Depuis longtemps elle avait une déchirure complète du périnée, avec tous ses inconvénients.

Opération. — Colpocèle à utérus manifestement prolabé. Grâce à la laxité des tissus, l'avivement fut aisément conduit de façon à ne créer point de pertes de substance sensibles et sans qu'il fût nécessaire d'intéresser la peau de la région avoisinant la vulve. Les traits ultérieurs de l'avivement furent tenus, en bas et en arrière, dans la ligne limitrophe de la muqueuse et du tégument cutané. Du côté du vagin, avivement profond dessinant la figure ordinaire de la colpoperinéorrhaphie. Dédoublement de la cloison sur une longueur de plusieurs centimètres. Abaissement du rectum. Sutures d'Emmet.

Les fils sont enlevés le dixième et le douzième jours. Guérison régulière sauf un point de suppuration sur le trajet d'un fil. Le sphincter est efficace, et tous les troubles de prolapsus et d'incontinence rectale disparaissent.

OBSERVATION VII

(Doléris)

Adèle G..., III-pare.

Rupture complète du périnée. Cloison intéressée.

Échec de la périnéorrhaphie immédiate. Opérée à nouveau plusieurs semaines après l'accouchement.

La détersion des surfaces divisées étant complète, M. Doléris pratique la périnéorrhaphie, toujours par le même procédé de dédoublement profond avec abaissement du rectum et sutures d'Emmet.

Suites normales. Les deux premiers fils sont enlevés le huitième jour. Les derniers sont retirés le onzième jour.

Le malade sort au bout de vingt-cinq jours, avec un périnée en très bon état.

OBSERVATION VIII

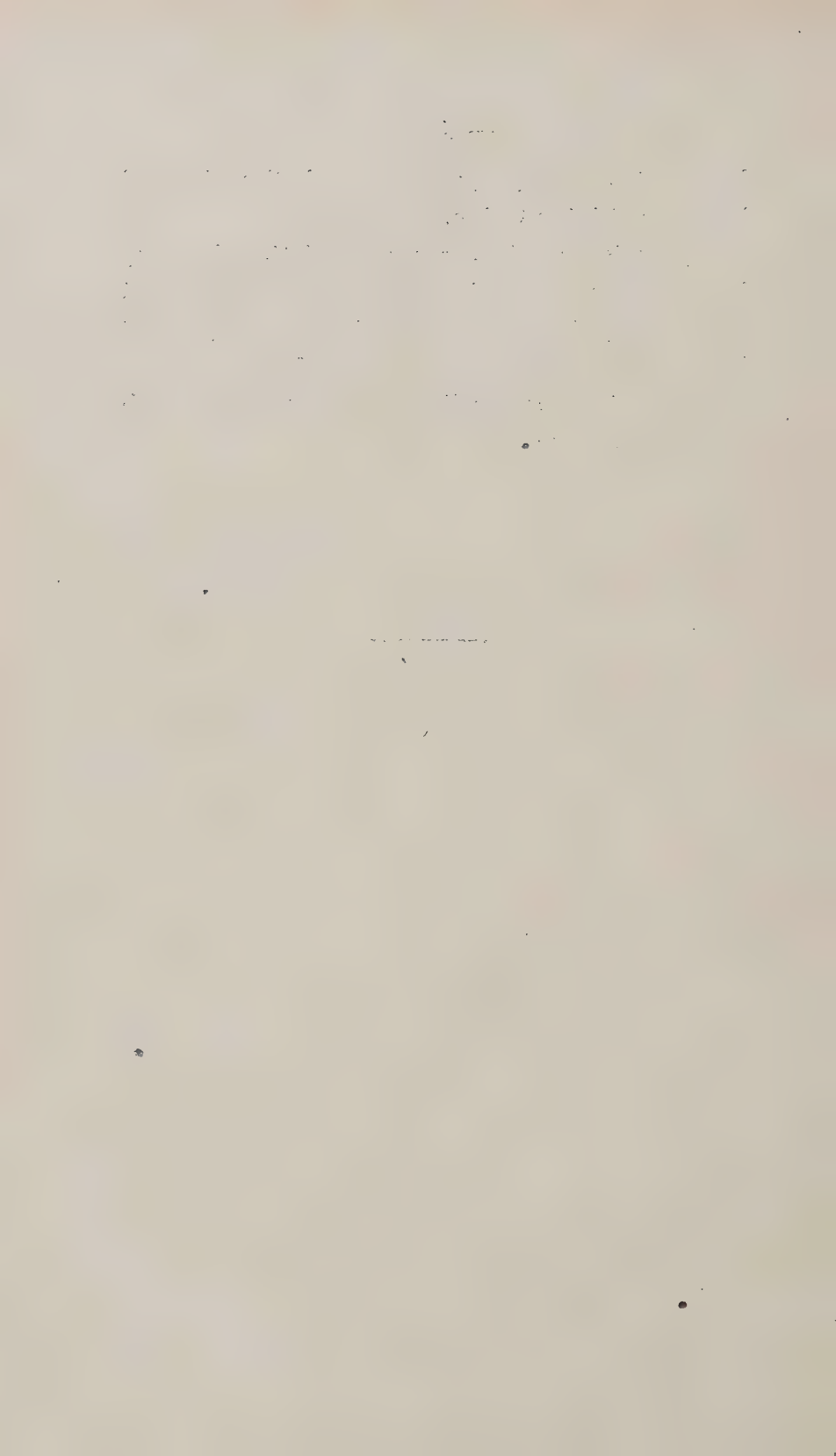
(Doléris)

V... Marie, entre à la maternité de Saint-Antoine pour déchirure complète et haute du périnée, datant de plusieurs mois.

On l'opère, et la malade qui avant l'intervention avait de l'incontinence totale de matière et souillait à chaque instant son lit, fut purgée trois jours après l'opération. Elle eut le temps de demander le bassin alors que les fèces étaient diarrhéiques et depuis l'incontinence est totalement disparue. Le doigt introduit dans l'anus sent nettement la contraction

du sphincter. Le vagin permet l'introduction d'un seul doigt, et le périnée est solide.

Je pourrais ainsi citer, sans aucun intérêt, beaucoup d'autres observations semblables, et le professeur Segond m'a raconté qu'il avait, depuis bien longtemps déjà, opéré d'après ces principes un grand nombre de femmes ayant des déchirures périnéales complètes et toujours avec des résultats très satisfaisants.



CONCLUSIONS

Au point de vue anatomique, entre les deux plans périnéaux superficiel et profond, se trouve le sinus rétropérinéal dont la connaissance importe au point de vue opératoire.

L'aspect du périnée dans les déchirures complètes et anciennes est des plus variables. L'éperon parfois rectiligne, est plus souvent échancré « en plein centre », « en ogive », « en cœur de carte à jouer », et l'échancrure peut remonter plus ou moins haut.

Tous les procédés opératoires dérivent de deux méthodes fondamentales :

1° Avivement par excision ;

2° Autoplastie par dédoublement.

Nous considérons que l'avivement essentiellement représenté par le procédé d'Emmet est toujours inférieur au dédoublement.

La méthode de dédoublement comprend le procédé de Tait avec toutes ses modifications, d'où le procédé dit de Lawson-Tait-Pozzi, le plus classique aujourd'hui.

En réalité, dès 1894, le professeur Segond préconisait le dédoublement aussi large que l'exigeait la

déchirure et l'abaissement du rectum, toujours suffisant pour éviter la suture rectale.

Ce procédé paraît incontestablement le meilleur ; dans aucun cas, la déchirure remonterait-elle jusqu'au Douglas, il ne faut admettre la suture de l'intestin. C'est également l'opinion de mon maître Doléris qui, depuis bien longtemps, emploie cette méthode dont il n'a qu'à se féliciter.

Exceptionnellement, on sera obligé de suturer isolément le vagin.

Le mode de sutures est celui d'Emmet. Il est inutile et parfois nuisible de suturer directement l'un avec l'autre les deux releveurs de l'anus.

Les soins pré et surtout post-opératoires sont d'une importance capitale pour le succès de l'intervention. Il ne faut pas constiper les opérées.

Le pronostic d'une périnéorrhaphie pour déchirure complète, avec le procédé préconisé, est excellent et les résultats en sont des plus satisfaisants.

Vu : le Président de la thèse

SEGOND

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER BROWN. — The surgical diseases of women. Londres, 1866.
- BONNAIRE. — Du Périnée obstétrical (Gaz. hôp., 1891). Soc. obst. Paris, 29 janvier 1910.
- BOURDON (E.). — Des Autoplasties périnéo-vaginales. Thèse de Paris, 1875.
- BORAND. — Étude sur la périnéorrhaphie. Thèse de Paris, 1879.
- CUNÉO. — Soc. Obst. de Paris, 20 janv. 1910.
- DECÈS — Essai sur la périnéorrhaphie (Th. de Paris, 1892-1893).
- DEMARQUAY. — Gazette des Hôpitaux, 24 septembre 1864, p. 445.
- DIEFFENBACH. — Die operative Chirurgie, 1845.
- DOLÉRIS. — Colpopérinéoplastie par glissement. Répertoire universel d'Obstétrique et de Gynécologie, 1889. Soc. Obstétrique et Gynécol., 1886. Technique des opérations plastiques sur le vagin et la vulve (Soc. Obstétrique et Gynécol., 1889).
- DOLÉRIS et PICHEVIN. — Pratique gynécologique, 1896.
- DUVAL (Pierre) et PROUST (Robert). — La Presse médicale, 1902, n° 94, p. 1120.
- EDEBOHLS. — Soc. d'Obst. de New-York, 17 avril 1894. In New-York Journal of Gynecol. and Obstetrics, juin 1894.
- EMMET (T.-A.). — Med. Record, 1872.
- H. Fenestre

- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A.). — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale. Paris, 1911.
- FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, 1891.
- FREUND. — Ueber Dammplastik (Arch. f. Gyn., 1874, t. VI).
- FRITSCH (H.). — Ueber perineoplastik, in Centr. f. Gyn., 1887, n° 30, p. 473.
- Die Krankheiten der Frauen, 3^e édit., 1886.
- GUÉNIOT. — Rapport sur un mémoire de Jude Hue (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 5 avril 1876, p. 291).
- GUILLEMEAU. — Œuvres de chirurgie. Rouen, 1649.
- GUTERBROK. — Arch. f. klin. Chirurg., 1879, t. XXIV, p. 108.
- HANKS (H.-T.). — Med. Record New-York, 1^{er} juillet 1882, t. XXII, p. 1.
- HART et BARBOURG. — Manuel de Gynécologie, traduction française, 1886, p. 600.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire.
- La Périnéorrhaphie dans les déchirures complètes (Ann. de Gynécol. et d'Obstétrique. Paris, 1909, p. 143-145).
- HÉGAR et KALTENBACH. — Traité de Gynécologie opératoire, Stuttgart, 1887.
- HEIBERG (de Copenhague). — On Perinæoraphie til Lawson Tait's Methode (Gynæk. og. Obst. Meddel, 1887, t. VI, n° 3).
- HEEPNER. — Petersb. med. Zeitsch., 1870.
- HILDEBRANDT. — Die Krankheiten der weibl. genitalien. Stuttgart, 1877.
- JUDE HUE. — Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie. 1886, p. 710.
- In. Guéniot. Ibid., 5 avril 1876.
- KIRMISSON (E.). — Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1885, p. 228, 237 et 240.
- Art. périnéorrhaphie, in Dict. Encyclop. des sciences médicales, 1886, p. 114.
- Dictionnaire Dechambre, 1887. Article : Périnée.

- KRASKE (P.). — Ueber einen üblen Zufall nach der Gastrotomie (Centr. f. Chir., 1881, n° 3, p. 33).
- LAPORTE. — La Clinique, sept. 1910.
- LAUENSTEIN (C.). — Die Vermeidung der Stichkanäle in Scheide und Mastdarm bei der Plastik des septum recto-vaginale (Centr. f. Gyn., 1886, n° 4, p. 48).
- LE FORT. — Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, 9^e édition, 1889, t. II.
- MANGIN. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Congrès de Genève, 1897.
- MATZINGER. — Zur Kolpoperineoplastik nach Bischoff (Wien. med. Blätt, 1880, t. III).
- MERCIER. — Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1839, p. 89.
- MUNDE. — Minor surgical Gynecology, 1885, p. 501.
- PICQUÉ. — Encyclopédie internationale de chirurgie, édition française, t. VII, p. 753.
- POLAILLON. — Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1885.
- Arch. de Tocol., 1885, p. 298.
- POZZI. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Paris, 1907.
- PROUST (R.). — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. Paris, 1906.
- RADIER. — Déchirures du périnée et leur traitement primitif. Thèse de Paris, 1893-1894.
- RICHEL. — Union médicale, 1869, p. 63.
- ROUX. — Gazette médicale de Paris, 1834, t. II, p. 17.
- TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements, 1898.
- SANGER. — Ueber perineorrhaphie durch Spaltung des septum recto-vaginale und Lappenbildung (Samml. klin. Vorträge, 1887, n° 301).
- Centr. f. Gyn., 1888, n° 47.
- SÉE (Marc). — Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1885, t. XI.
- SIMON (G.). — Mittheilungen aus der chir. klinik des Rostocker Krankenhauses, 1861-1865.

SIMPSON. — In Hart et Barbourg (Manuel de Gynécologie, traduct. française, 1886, p. 600).

STANDE. — Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1880, t. V.

TERRILON. — Annales de Gynécologie, 1879, t. XI.

— Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 15 avril 1885.

VEDEL. — De la Périnéorrhaphie. (Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, août 1894).

VERNEUIL. — Gazette hebdomadaire, 1862.

— Bull. de l'Académie de méd., 1821, t. XXXVI.

WALZBERG. — Arch. f. klin. Chirurg., 1888, t. XXXVII.

WERTH. — Centr. f. Gyn., 1879, n° 23.

